

実践報告 (Practical Research)

不妊心理をめぐる「生殖と医療」の援助臨床実践報告

～サイレントマイノリティの社会化～

荒 木 晃 子

(立命館大学衣笠総合研究機構)

Report on Support Clinical Practice of 'Reproduction and
Medical Care' Surrounding Sterility and Psychology
～Socialized Silent Minority～

ARAKI Akiko

(Kinugasa Research Organization, Ritsumeikan University)

Presently in 2008, the problems raised in our society by "reproduction and medical care" has reached into "international social problems with children" despite the will of sterile couples. As a psychologist in reproductive medicine, I held "a clinical seminar to support relevant parties", focusing on "relationship problems with sterility". I received "various suggestions" through "words from the parties involved" who participated in the seminar. Collaborating with a male psychologist, a doctor and a nurse, I have repeated experiments of "the support required by the parties involved" and verified these based on what I acquired in the seminar. Through the above-mentioned clinical practice of support for the involved parties by "experts team in reproductive medicine" excluding associated treatments, "the support that the involved parties need now", I have developed some ideas. This is a report on the clinical support practice of "reproduction and medical care" surrounding the involved parties, which has been examined over a year.

Key Words : Social Practice of Reproduction, Personal Conference, Collaboration among parties concerned, Socialization of Sterility

キーワード : 生殖の社会臨床, パーソナル・カンファレンス, 当事者との協働, 不妊の社会化

はじめに

2008年7月インドに女兒が誕生した。卵子ドナー女性(遺伝子上の母親)から提供された卵子に、代理出産を依頼した日本人男性(遺伝子上・戸籍上の父親)の精子を受精し、その受精卵を別のインド人女性(日本では戸籍上の母親)

に移植した代理出産であった。このニュースは、依頼した日本人夫婦の実名を公表し、男性の母親と出生した女兒の写真とともに、海外のメディアが報じた¹⁾。

1) 代理母：夫の精子を第3者女性の子宮に医学的に注入し、妊娠・出産してもらう。遺伝上、半分は父親、半分は代理母(卵子提供者)となる。
代理出産：夫婦の受精卵を第3者の女性の子宮に入れ、その女性が妊娠・出産する。遺伝上、子

女兒出生時点で、代理出産を依頼した日本人夫婦の婚姻関係は破綻していた。離婚した元妻（法律上の母親となるかは未定）は「代理出産に同意していなかった」と語り、生まれてくる子どもが男性医師と自分の子であるよう装う出生証明書偽装のための渡航を断ったという²⁾。

インドで誕生した女兒の出生には、インド人女性2名と日本人女性の計3名の女性が遺伝子上・戸籍上・法律上のそれぞれの役割を担っている。また、日本人男性が父親と限定されているが法的には認められておらず、実際に出生した女兒のそばに常時付き添ったのは、その男性の実母であるという。今後も、女兒の戸籍や養育に関する重要な課題が残った。

さらに同月、国内ではJISART（日本生殖補助医療標準化機構）が2007年12月の理事会において決定した「卵子提供による体外受精の実施」を受け、「精子・卵子の提供による非配偶者間体外受精に関するJISARTガイドライン」を承認した。会員施設における精子・卵子の提供による非配偶者間体外受精実施施設を公表している。JISARTとは、「わが国の生殖補助医療の質向上とその水準維持を達成すべく結成された生殖補助医療専門実地医家の独自の団体であり、その究極の目標は患者満足を高めることである」としている。具体的には、2005年開始の「JISARTによるART施設認定審査」がある。目的は、加入する国内のART施設で規定ガイドラインが順守されているかの確認にある。この認定審査は、国内初の試みとして、医療者と共に患者代表も対等な立場で審査に参加し各施設の審査を実施するシステムで、患者団体から

高い評価を得ている。

以上、社会問題として提起される生殖医療の＜患者－医療者＞関係には、当事者の必要性を根拠に、確かに変化が起こり始めている。

1 研究の目的

2008年4月、日本学術会議の検討委員会は、法律による代理出産原則禁止を求める報告書をまとめた。報告書では、日本国内外を問わず、日本人が金銭授受を伴う代理出産を実施した場合、法律で処罰するとしている³⁾。近年の傾向として、国内で認められていない卵子提供や代理出産は国外で実施するカップルが増加傾向にある。実際に、1995～2007までに約500組以上の日本人カップルが、①卵子ドナーからの卵子提供で妻が出産、②（夫婦の）受精胚を移植し代理出産、③卵子ドナーからの提供卵子（と夫の精子）で受精した受精胚を移植し代理出産、のいずれかの手段で児をもうけている事実がある⁴⁾。

続いて、2008年8月産科医療の医療過誤訴訟に判決が下った。4年前、福島県で出産の際、帝王切開手術した女性が死亡した事件である。日本産婦人科学会は第三者による専門機関を設置し、医療行為の適否を判断するシステムの導入を提言した。厚生労働省も医療安全調査委員会の新設を目指しているという。いずれも、医療事故や医療過誤による患者被害とその救済を、医師の刑事責任を問う形で償うために設置する目的であるとしている⁵⁾。しかしながら、生殖医療における医療行為の適否や最善の医療行為か否かは、医療従事者のみでは決定できない。生殖の医療行為は、＜当事者－医療者＞関

ゝは両親の遺伝子を引き継ぐが、産みの母は代理出産をした女性となる。
2008年8月現在いずれも、国内の実施は法的には認められない。

2) 毎日新聞2008年8月8・9・10・14日
読売新聞2008年8月16日
BBC NEWS/South Asia/India-Japan baby in legal wrangle.2008.8. 6

3) 2008年厚生労働省研究班報告書 日本学術会議検討委員会報告書

4) 川田ゆかり（2007）「いつまで産める？わたしの赤ちゃん」（株）実業之日本社

5) 毎日新聞2008年8月21日

係で、治療契約と同様、社会的な合意の上に実施すべきであり、＜生殖と医療＞が関係した結果誕生した「子どもの利益を守る」ことが最優先事項であるのは必須で、問題が発生してから検討では間に合わない。さらには、そこに関係する「カップルを核としたすべての関係者の同意」のうえで生殖医療は実施される必要がある。協働する関係性の確立が必須である。本稿でいう「関係」とは、係わりそのものを示し、「関係性」とは、係わるのか否かを含み、その係わり方、または、どう係わるのかを意味する。ここに示したいいずれかの関係に問題が生じた場合、前述したインド代理出産のケースが提起したように、誕生した命に対する責任が問われ、「子どもの最善の利益」が侵害される事態にもなりかねない。

生殖とは、精子と卵子が受精し妊娠から出産に至る生命の科学現象である。同時に、異なる性の二者関係で新しい命をつくるという自然な人間の営みであり、家族形成の一過程でもある。しかし、不妊現象とは、個人に与えられた性役割ではなく、自ら望む性役割の選択肢を奪う現象である。それまで描いていた人生のライフサイクルの変更を余儀なくし、家族形成に『関係性の問題』を生起する。カップルが子どもを自然に得られない、という「子どもの問題」は、そこに介入する家族や他者との関係に家督継承・性役割等の意識や社会的偏見・差別等の問題が介在する場合がある。結果として、当事者家族のみならず、関係する全ての対人関係を巻き込む「子どもをめぐる関係性の問題」となる可能性がある。一般に、家族関係や対人関係に生じた問題は、社会的な解決が必須であり、容易ではない。対して、生殖医療は、科学的に不妊の原因因子を特定し、不妊症として治療する医学的解決がその目的にある。潜在する関係性の問題は医療では扱わない。前述したケースのように、＜生殖と医療＞関係は、その関係性い

かんで社会問題を提起する危険性をはらむ。筆者は、勤務する生殖医療の実践現場で、不妊現象が提起する関係性の問題解決を統括した医療実践の必要性を実感している。以上から、本稿では「生殖医療は、医学手段を駆使して不妊現象の解決を目指す社会性の強い医学領域であり、医療と社会が統合した医学領域として位置づける必要がある」との仮説のうえに、筆者が社会で不妊当事者の援助臨床実践において獲得した「当事者からの示唆」を共同資源とする考察を加え、「援助のあり方」について論述する。

2 生殖と医療の連携

ひとは、誕生から死に至るまで、医療と関わらずにその生涯を全うすることは困難である。特に「生殖と死」をめぐる諸所の研究は、社会に大きなテーマとして提起され、今後も法的な問題を含め、議論と検討を繰り返すであろう。生殖と医療の関係には普遍性がある。本稿では＜生殖と医療＞関係は、社会倫理・モラル・人間性等が礎となる社会性の強い関係であるとし、社会が取り組むべき重要課題として位置づける。

「エイズで余命が短いとされる夫婦に生殖補助医療を実施することの可否」は海外でも議論が分かれている。一例として、「HIVカップルの体外受精」を考察する。平成19年1月、共にHIVに感染している夫婦に対し、東京都内の病院が院内の倫理委員会で承認し、厚生省研究班の事業として進めた体外受精が、同省から「社会的議論と倫理的な検討が必要」と指摘を受け計画を中断した⁶⁾。この問題は、厚労省担当者の研究班がHIV訴訟原告団代表や専門医、カウンセラーらが出席する公開班会議で妥当性や問題点などが議論され、生殖補助医療を行う条件

6) 毎日新聞2008年7月28日

などを検討した。メンバーからは、各医療機関で個別事例として実施することを容認する意見が大半であったという。結果、法整備には至らぬまま、翌月実施を決定した。この病院では、夫の精子からHIVを完全に取り除く技術を確立しており、過去に、夫のみが感染者である場合の夫婦約60組が子どもを授かっている。しかしながら、今回のように感染者同士の体外受精に対して、女性感染者を母体とした生殖補助医療の実施には「社会的な議論と倫理的な検討が必要」とした。実施した場合、母子感染の可能性は0.3～0.4%程度であるという。この事例より、「検討が必要なケースに関しては、個別事例として容認する」と厚労省は結論づけた、と捉えることができる⁷⁾。

以上からも、生殖と医療が連携することで、不妊当事者の選択肢はさらに増加することは必然である。現時点での「生殖の科学の限界」は、今後も当事者の願いと共に未曾有の広がりを持つであろう。当事者の願いとは、「子どもが欲しい」という、尽きることのない渴望を伴った不妊心理に起因していることを医療者も社会も忘れてはならない。

3 生殖医療と当事者の共存

3-1 広がる選択肢とその必要性

前述した、子どもをめぐる2事例は、不妊心理に起因する、不妊当事者の「命の継承への果てなき願い」が前提にある。不妊治療を過去に経験し、不妊を受容した女性は、自身の体験を「つらい記憶を呼び起こしてでも訴えたいほどの体験だった」と語った。また、当事者の自助グループにあるスタッフブログには以下のような記述がある。

『(前略)自分がかつて不妊のために味わった、

不満・不安・不信・不自由・不利益・不確定・不理解・不平等・不足・不利・・・かぞえ切れない「不」の要素。それを、一つでも取り除きたい⁸⁾。不妊現象には、生殖にまつわるたくさんの「不」の要素がある、とエキスパートパシエントの彼女は言う。上述は、筆者が生殖医療の現場で、また、社会で当事者援助実践を目的としたセミナーで参加者から届く声と重なる。同時に、筆者の当事者体験にも言い換えることができる。しかしながら、数えきれない「不」の要素をもってしても、「子どもが欲しい」という願いは決して消えることはなかった。ここに、「生殖を補助する＝当事者の願いをかなえる」医療の必要性がある。

さらに、HIV患者カップルにその必要性があるように、様々な疾患を持つ患者たちにも生殖医療は多くの福音をもたらしている。一例をあげると、女性の癌患者が抗がん剤の治療開始の際、胎児の奇形性等への影響を考慮し、医師の提言をうけ妊娠を避ける傾向がある。そのため、なかには抗がん剤投与以前に採卵後凍結卵として保存し、がん疾患の治療後体外受精を実施する患者が実在する。また、筆者が出会ったC型肝炎の男性患者は、治療のため薬剤投与を受けた後は約一年半の避妊期間を設ける、と語った。その期間が過ぎると、不妊治療が開始されるのである。いずれの場合も、“体の病に必要な治療”が自然妊娠を阻害する原因疾患となっているが、「子どもが欲しい」という強い願いは共通し、変わらない。彼らが望みを託すのは、唯一「生殖を補助する医療」である。確かに、生殖医療と当事者の共存は、不妊当事者以外の「子どもが欲しい」という願いをもちながら、自然妊娠

8) NPO法人Fine・スタッフブログより抜粋「2008.3.4 エッセンスだけでも」理事長・松本重樹子

『・・・私たちは患者として、(中略)それぞれにいろんな思いをかかえ、いろんな経験をし、そして医療施設に関わった。その体験を、かなうことなら、無駄にしたいくないからだ。たとえたった一つでも、誰かの役に立てたいと思ったからだ』

7) MSN産経ニュース2008年7月28日

をのぞめない各疾患の患者にとっても不可欠なものといえる。生殖を補助する医療は、さまざまな病を抱える彼らの選択肢を広げ、子どもを持ち家族とともに生きる、という希望とその可能性を示唆する医療であることは紛れもない事実である。

3-2 不妊心理と関係性

先の「生殖にまつわる『不』の要素」は、当事者の「カップル・家族・医療者・その他の対人関係」に強く影響を及ぼす。また、社会に慣習的にある、女性は子供を産んで当たり前といった性役割や、家督を継承する跡取り意識等は当事者を追い詰め、不妊心理に起因する自己否定感や罪悪感等の観念から、当事者の自己にあるビリーフの喪失を招き、疎外感・孤独感をもたらし、関係性の問題が生じる一因となる。

人間関係とは社会的な関係をいう、という視点に立つと、関係性の問題は社会的な問題へと移行するといえる。さらに「不」の要素が反転すると、精神医学上、または心理学的にいう人格上の問題へと発展する可能性があることも否定できない。生殖医療の心理士・平山は「最近では、人格障害の診断基準を満たすほどではないが、人格傾向として境界性、自己愛性、演技性などの性質をもつ患者が増加しているという印象を臨床場面で受ける」⁹⁾と指摘している。確かに、生殖医療現場の患者に対する心理カウンセリングには、精神医学的なケアが必要と判断する場面を筆者も数多く経験した。中には、本来の人格の傾向による要因と考える患者がいることも否めない。しかしながら、不妊そのものに「関係性の問題要因」がある、と仮定す

ると、不妊心理を抱える患者が生殖医療と関係することは、そこに関係するすべての対人関係に問題が生じやすい、といえることになる。結果、心理カウンセリング場面での＜患者－心理士＞関係そのものに影響する。医療場面に限らず、さまざまな領域の心理士による、不妊当事者へのカウンセリング場面で起こる「当事者が“心理士の一言”で傷ついた体験」もまた、関係性の問題が一因となる、との仮説で原因解明が可能になる。

また、平山は「治療や施設に対する要求がましき、医療スタッフをコントロールしようとする傾向、些細なことに過敏に反応し、自己愛の傷つきが怒りに転化する、などいわゆる『困った患者』への対応を放置すると、診療体制が崩壊しかねない危険性があることを十分認識し、これらの人格傾向患者⁹⁾の対応をスタッフ間で申し合わせておくことも重要であろう」と警告している。しかし、「関係性の問題」として再考すると、「本来、患者の素因によるいかなる要因があろうと、それがひとたび不妊心理と結びつくと、そこにある対人関係に『関係性の問題』を生起し、障害や問題の発生原因になりうることは注意が必要」となる。ただし以上は、医療者のみならず、患者である当事者にとっても重要な認識であり、必要な情報でもある。たとえ人格の傾向に問題がなくても、不妊心理に起因する苦悩が生じることは、まぎれもない事実である。筆者の精神科心理士の臨床経験からみても、不妊心理を内在する当事者の大半は、行動・生活全般に支障や不自由が生じ、身体症状があらわれることも稀ではない。結果、不眠・摂食障害・ひきこもり・不安神経症・対人恐怖症等、精神科領域の診断・加療が必要なケースもあり、抗不安剤や安定剤等の精神薬が必要な患者も存在する。精神薬に関しては、胎児への奇形性が高いとされる薬剤が多く、妊娠の可能性のある患者に対しては医師の十分な診断と慎

9) 平山史朗 (2007)「不妊治療とメンタルヘルス」産婦人科治療NO8 vol.95 NO2 特集「不妊治療の問題点とその対策」永井書店
補足説明：「人格傾向患者」に関しては、引用文章のため修正を控えるが、本稿では「本来の人格に特定の傾向がある患者」の意として用いる。

重な薬剤管理が必要なため、不妊治療中の患者には処方されにくい。つまりは、不安や不眠などが生じて、医学的介入がしにくい状況があるため、患者の精神状態はさらに悪化し、重度のうつ状態や神経症に陥りやすいといえるであろう。以上は、まさに不妊当事者自身が「自己の課題として抱えるべき問題」である。医療者にとっての問題は、不妊心理を内在する当事者が、当然のように、起こるべくして起こる問題であることとして、＜当事者－医療者＞の相互理解と認識が重要である。

3-3 当事者と医療者の乖離

不妊の医学的解決を求める当事者の対人関係には、必然的に生殖医療現場で働く医療者が含まれる。唯一当事者の生殖に協力する対人関係である。しかし、不妊治療にある不妊心理の医源性要因の一つは、「妊娠するとは限らない可能性の医療」なのであり、また、大半が保険適用されず医療費も高額で、女性のからだに痛みを伴う負荷がかかる。治療の選択・継続のためには、時間的・経済的・精神的な負担と、肉体的負荷を補って余りある強い意志と決断力とが必要とされる。半面、すべての当事者の願いがかなうことは決してない。筆者は、従来の＜患者－医療者＞間に根強く残る、パターンリスティックな関係を強く否定する立場をとるが、奇しくも、生殖医療の現場にもモンスターペイシェントは存在する。モンスターペイシェントとは、理不尽な要求を医療者に求める患者の事をいう。「なぜ妊娠しないのか？」などと問い詰めたり、「妊娠しなかったからお金を返せ」と詰め寄る患者など、生殖医療を選択する際患者に必要な知識さえ習得せず、不妊心理をコントロールできない状態の患者のことである。このような、医療者にとっての困った患者に関しては、生殖医療現場で勤務する心理士で構成される、日本生殖医療心理カウンセリング学会等の

生殖医療関連学会でも問題提起されるほどの重要課題となっている¹⁰⁾。

生殖医療は、不妊当事者に福音をもたらすことを目的としなければならない。また、医療者はそのために確かな医療技術を駆使し、日々患者に向き合わなければならない。そのためには、医療従事者との関係に、時として、当事者が「知恵ある患者として向き合う姿勢が重要」との認識は欠かせない。当事者に内在する不妊心理は、当事者と生殖医療従事者との関係を乖離する危険性をはらむ。そのことを、当事者自ら自覚することは必然である。当然、そこには前提として「自己と向き合う」、つまりは、「不妊である自分とどう関係するか」という最重要課題が存在する。

4 援助臨床実践セミナー ～当事者の関係性をつなぐ～

筆者は生殖医療の医療現場で、不妊の医学的解決を選択した当事者およびカップルに心理カウンセリングを行っている。必要に応じて、別に勤務する精神科へ転院する不妊当事者も存在する。精神科へ通院する当事者たちは、自発的に「その必要性を訴えた当事者」がその大半である。彼らは、不妊治療開始直後から自分に起こりはじめた変化に気づき、本来の自分を取り戻すため、そして、不妊に向き合うため、さらには“今後不妊とどうつきあうのか”等の面接を継続中である。

社会では、医療現場を除き、当事者たちが「不妊と向き合う場」は自助グループ以外には皆無に等しい。半面、不妊を治療する医療機関は無数に存在する。過去に、不妊をめぐる不妊心理の理解と諸問題解決のための場を社会はもたなかった。この反省から発足した＜当事者－医療者－援助者＞が社会で協働する臨床の場が、立

10) 2008年第5回日本生殖医療心理カウンセリング学会・学術集会会長講演

命館大学衣笠総合研究機構人間科学研究所・生殖医療対人援助研究会（通称：TOFF研究会）である。

不妊をどうとらえるか、また“そこにある問題”をどのように解決するのかをインタフェースの場で対話し、関係者たちを援助する目的で起動した研究会開催のセミナーは、2008年8月現在第10回を終えた。ここでは、開催セミナー内容と合わせて、参加当事者たちの声から筆者が獲得した＜関係性の問題とその解決の手がかり＞をまとめ、以下に報告する。

4-1 経過

生殖医療と不妊心理の、関係性に由来する問題に着目し、各回ごとにテーマを提示したセミナーは、2008年9月第11回を迎える。生殖医療に携わる医師・心理士・看護師で構成された研究会のメンバーによって、第1回から第3回まで手探り状態で開催されたセミナーも、回を重ねるごとに当事者援助の形態を当事者の必要性から学び、変化を遂げた。

第1回は、不妊現象のストレスと、治療選択の際重要なセカンドオピニオンと“その受け方”を講演した。第2回は、病院独自に提示する「妊娠率の仕組み」を解説し、病院を選ぶ際気をつけたいこと、またその“落とし穴”を解説し対

話した。第3回には、何を求め何を基準に病院と医師を選ぶのか、を参加者に問うた。さらに、自己基準を持つ意識を促すことを目的に、メンバーを含めたロールプレイによる参加型体験学習を試みた。

第4回のセミナーは、NPO法人Fine（代表・松本亜樹子）とTOFF研究会の共同開催となった。NPO法人Fineとは拠点を東京に置き、通常はインターネットを通じて会員相互の交流をはかり、さまざまな活動を国内外の当事者たちとともに展開している当事者団体である。当日は、日本生殖看護学会の不妊症看護認定看護師養成講座受講中の看護師を含む、関西一円の一般およびFine会員の女性当事者に加え、複数のカップルを含め多数の参加者を迎えた。不妊当事者による会の開催は関西初の試みであった。セミナー第1部では、Fineのエキスパートパネンシエントたちが自らの不妊体験を語り、参加する当事者たちにエールを送った。第2部は複数グループに分かれて、当事者限定のグループディスカッションが展開され盛会のうちに閉会となった。

この共同開催から得た示唆をもとに、第5回には、不妊を体験した際の心理状態とストレスについて解説後、グループトークを実施した。その内容は、参加者の要請でテーマを「家族の

TOFFセミナーの経緯と概要

回	年月	テーマ	人数
第1回	2007. 6	不妊ストレスって何だろう？、セカンドオピニオンを受けるために	7
第2回	2007. 7	知っていますか？妊娠率の仕組み、不妊ストレスとセカンドオピニオン	8
第3回	2007. 8	あなたが選ぶ～あなたにとって「よい医師」・「よい病院」	7
第4回	2007. 12	「当事者と共に学ぶ」援助セミナー	57
第5回	2008. 1	聴こう・語ろう「不妊と治療のお話」	13
第6回	2008. 2	学ぼう「不妊の心理学」基礎講座vol.1	22
第7回	2008. 4	学ぼう「不妊の心理学」不妊を治療するためにvol.2	14
第8回	2008. 5	患者力アップセミナー「不妊の当事者学」vol.1	9
第9回	2008. 6	患者力アップセミナー「不妊の当事者学」vol.2	5
第10回	2008. 7	患者力アップセミナー「不妊の当事者学」vol.3	9

問題（カップル関係，家族関係）」に決定し熱心な対話が繰り広げられた。また，相談会受け付けを開始した結果，セミナー終了時には，すでに5名の申込みがあった。第6回以降，毎回セミナー前に不妊相談会を設け継続中である。

第6～7回には，不妊心理の明確化と普及を目指し，不妊の心理学的考察を解説したのち参加者から意見を求めた。第8～10回セミナーでは，当事者の医学的知識不足を課題に，患者力の向上を目指し，不妊治療ミニ講座「基本検査編」，医療用語の理解とデータの把握，治療に役立つコミュニケーション能力アップセミナーの3回シリーズを設け，各回のテーマについて対話の場を設けた。第8回には，前述したNPO法人Fine代表をゲストとして迎えた経緯がある。

4-2 結果

参加者が語る「当事者の声」から得た多くの示唆をセミナーの経過とともに記述し，参加者と共につくったインタフェイスの場で展開した対話を以下に一部抜粋する。

研究会では，開催した全セミナーを通じ，参加者にアンケート調査¹¹⁾を実施した。上表は，参加者からの質問や依頼，また相談の一例である。他に，今後テーマに取り上げてほしい具体

的なリクエストを得た。さらに，毎回セミナーで設けたインタフェイスの場では，医療現場ではかなわない様々な質疑応答と意見交換が交わされた。下表の対話例のように，メンバーの応答と参加者の意見から具体的な共通認識が得られた。残った課題は次回に調査結果を報告した。

以下に，我々が獲得した多くの示唆を記述する。第1～3回では，当事者の不妊に対する「知識と認識不足」を知り，患者力を高め，当事者が選択力を体得する必要性を実感した。しかし，セミナー参加者が少数であったことを反省点とし，メンバーは当事者参加促進のためのミーティングを繰り返した。結果，セミナー自体を当事者団体の活動と共同開催することで，TOFF研究会を当事者に広く紹介し，その関係がより強化することを願って，第4回セミナーを準備した経緯がある。

当事者団体と共同開催した第4回セミナーで参加者から届いた声は「当事者がいま必要としている援助」の要請であった。当事者女性，当事者カップルから心理カウンセリングの要請，さらに，医師へのセカンドオピニオン相談要請があった。その声から，我々は「当事者は個別相談を必要としている」と判断し，次回より個別相談会を実施することとした。その際，至急，もしくは継続的な心理カウンセリングの要請に

アンケートから得た示唆（一部抜粋）

- ・男性当事者からの男性心理士との面接依頼・女性当事者からの女性心理士への面接依頼等
- ・カップルから男女心理士同席カウンセリング依頼・周囲の人たちとの付き合い方
- ・看護師もしくは医師へのセカンドオピニオン相談依頼
- ・治療中の過ごし方 ・治療終結の対処法 ・男性にできること

インタフェイスの対話（一例）

参加者：転院を考えている。現在，凍結保存している受精卵は転院先に移せるのか？
 主催者：転院患者が持参した受精卵を移植した：可能な施設と持ち出しを認めない施設がある
 参加者：「受精卵を他院で使用しない旨の誓約書を書いた」，「知り合いが通院するクリニックでは可能のようだ」，「考えたこともない」，「できないと思っていた」
 主催者：可能な限り調査して次回お答えしたい

11) 生殖医療対人援助研究会セミナー参加者「不妊相談に関するアンケート」，「相談申し込み受付書」

は、筆者が勤務する精神科への受診を促した。いずれも、当事者に強い動機と理由がある自発的な受診であった。

この経験から、第5回以降セミナー開催前の時間帯、継続的に個別相談会を設けた。事前申し込み手続きを必要とし、その際「簡単な主訴」を明記することで対応するメンバーを準備した。個別面接の多くは女性当事者であったため、時には男性心理士が対応した。これは、アンケート調査で、「個別相談は同性限定」という意見が少数派であったことに根拠がある。

次に、参加当事者の声から、第5回以降の開催テーマを決定した。第5～7回の3回シリーズで、不妊心理にまつわる当事者の悩みや問題に対して、「不妊の心理学」の解説を交えて対応し、多くの参加者を得た。次に、医学的問題に関する悩みや相談に対応するため、患者力アップセミナーと題して「不妊の当事者学」を第8～10回の3回シリーズで開催したが、参加者は少数であった。以上、二つのシリーズを比較すると、参加者の人数に差異が生じたことは興味深い。まず、心理学セミナーには、常時10数名～20名前後の当事者参加があった。交わされる意見も活発で、主治医への不信感や治療方針への不満、看護師に対する質問や苦情、夫婦関係や家族関係の悩みなど、互いの情報や意見を交換する場面も頻繁であった。しかしながら、当事者学セミナーの参加者は各回10名以下であった。この比較検討から、「当事者はセミナーに医学的学習の場を期待しなかった」といえる。しかしながら、それが果たして、当事者の傾向なのか、また、我々が社会に用意した臨床の場に一因があるのかは現時点では解明できない。今後も研究と実証を重ねたい。

次に、当事者の必要性から生まれた、新しい援助システムの導入を試行したので以下に報告する。セミナーに継続参加カップルからの、「今後の治療を視野に入れた心理カウンセリングの

申し込み」がその起源にある。カップルカウンセリングには、初回、男性と女性それぞれに個別面接の機会を用意した。「カップルで解決できない問題」の相談には、生殖医療の特性と不妊心理の独自性から、まず、それぞれ個別の心理カウンセリングが必要と判断したためである。男性心理士による男性の、筆者による女性の心理カウンセリングを2回継続し、毎回面接後、男女心理士と研究会メンバーの医師・看護師との合同カンファレンスを実施した。結果、3回目の面接は、カップルを含めた「今後の治療計画を前提にしたカップルカウンセリング」が妥当である、との合意に至った。果たして次回には、カップルを中心に男性心理士・女性心理士・医師・看護師が共同するパーソナル・カンファレンスを試みた。

一般に、カンファレンスとは医療現場で医師を中心に、患者に関する治療経過報告や治療計画、そして、諸々の注意事項を含めた申し送りのことをいう。あくまでも、医療関係者のみが出席し、施設内の医療会議の様相を呈している。生殖医療現場では、観察を要する患者に対して、各担当者からの意見交換がなされることも多い。TOFFでは、当事者であるカップルが自分たちのカンファレンスに心理士を伴って実施する形態を考案した。

パーソナル・カンファレンスの事前準備として、カップルには最新の検査数値の提示を求めた。当日提出された検査表をもとに、医師によるセカンドオピニオン、それに対する認定看護師の意見が提示され、男女それぞれの心理士によるカップルの意思確認と同意を前提に、さまざまな質問や意見交換の後、終了した。

4-3 考察

当事者は不妊を自己の問題としてとらえている。熱心に交わされる対話に耳を傾ける彼らは、不妊を語りたい者であり、また、知りたい者で

あった。講演した不妊の心理学は、当事者の自己分析促進効果があったと考察する。回収したアンケートには、「わかりすぎるほどわかった、(自分が) 不妊心理の3つの要因にすべて当てはまりそれがぐるぐる回っている感じ、まさに自分の置かれている状況・気持ちと重なるところがあった、私に起こっていること＝背反性・まさしくそうです、自分の心理を頭で整理することができた」など、それぞれの思いが綴られている。

当事者が集う援助臨床の場合は、同時に当事者たちが“自己の所属を探し求める場”でもあった。医学的解決をめざして不妊治療を選択した当事者たちが、その解決をみるまで所属できる場でもある。彼らは、医療現場では患者であり、社会では当事者と呼ばれる。その境界もまた、当事者の自覚が必要なところである。当事者であっても、患者であるとは限らない。不妊を治療するかしないか、は個別である。また、当事者の凝集性は、治療段階に対応し高まる傾向にある。共同セミナーのグループトーク内でも、同じ治療段階に位置する当事者たちは凝集性が高く、セミナー後の交流も盛んであった、と各グループに参加した当事者は語った。通常のセミナーでは、治療の段階や期間を問わず全員で対話するが、比較すると、第4回の共同セミナーでは、治療段階ごとにグループ分けすることで、通常より凝集性が高かったと分析する。

属性のない不妊現象に医学的解決を選択する当事者は、その治療段階を互いに共有することでコミュニケーションをとる傾向があった。出産後、また、治療ステップアップ後、それまで継続していた不妊仲間との交遊関係が途絶える当事者が多い事実の所以であろう。不妊心理は、当事者相互の関係にも影響を及ぼしている。以上から、当事者が最も注意すべきは「治療中の関係性の問題」であると考察する。

4-4 当事者が提示した課題

以下に、当事者がセミナーで提示し、筆者が精査した課題をまとめる。当事者の課題として、治療以前から、①当事者意識を明確化し、②不妊心理を理解する。当事者が不妊の医学的解決を選択する際には、③不妊治療の基礎知識を習得し、④(医療者を含む)対人コミュニケーション能力の向上を目指す。次に、⑤「選択力と決断力」は基本検査開始と同様、各治療段階に必須であることを自覚する。特に③④⑤の項目は、当事者が患者として医療者と関わる際に最も注意すべきパターンリスティックな意識を払拭するためにも重要となる。さらに、生殖医療は他の医学領域とは異なる特性を持つことを忘れてはならない。その特性とは、不妊治療は i 社会性の強い医療モデルであり、ii カップルの生活をコントロールする治療プログラムを持ち、iii 治療しても妊娠するとは限らない、到達点のない医療であることを指す。

当事者は、生殖医療の医学的知識習得が重要である。医学的基本知識のなさは医療者任せの診療につながることが懸念される。「子どもがほしくても妊娠しない状況」を医療施設で医療者に相談した時点で、不妊症の診断がつく。不妊症の診断があっても、それを治療するか否かは当事者に決定権がある。ただし、不妊の原因疾患が見つかった場合は、この限りではない。中には、この基本検査中に婦人科系の病因が見つかり、大事に至らずに済んだ方も稀ではない。不妊を治療する当事者は、上述した治療特性を知り、自分に必要な医学的知識を習得し、自ら選択し決断する患者力が重要となる。生殖医療とは、その結果に対して医学的手段を提供する医療である。生殖医療もまた<患者-医療者>の相互関係が、互いの利益につながる医療でなければならない。

大半のエキスパートペイシェントたちが「不妊を経験した」という共有体験を認識している⁸⁾

ことを鑑みると、治療したか否か、また子どもを得たか否かにかかわらず、「不妊現象を自分の体験とした当事者」には、その先に続く“自分らしい人生を選択する力”が備わると考察できる。不妊は確かに個人的体験である。しかし、共通に不妊心理を内在している。人には生殖年齢があり、当事者の治療期間は限定される。しかし、不妊心理は“終わらせようとしない限り”際限なく続く。生殖年齢の全期間を不妊治療に費やすのか否かの選択と決断を医療者に任せてはならない。“不妊現象を体験したからだ”は生涯を通して、共に生きるからだである。自己のからだと共にどう生きるかは、不妊の体験をどう捉えるのか、で自ら選択できる。以上は、不妊心理の3つの要因¹²⁾のうち、医源性要因に対応する解決手段ともなりうる。

残る不妊心理の2つの要因のうち、当事者自ら抱える重要課題として、自己信念性要因がある。不妊は予期せぬ出来事であり、「まさか自分が？」とだれもが戸惑いを覚える経験である。当然、自己のビリーフに存在しなかった現象である。自己の核となるビリーフの揺らぎは不安に変わりやすい。その際、自分に起こっていることを、客観的に捉え、整理しながら揺らいでいくことが重要になる。かつて経験したことがない状況には、これまでのスキーマが役に立たないことがある。しかしながら、それ（不妊）を知り、そこ（不妊心理）に学ぶことで、新しい解決手段を探すことは可能である。最後に、多くの当事者が頭を抱えている、環境・対人関係性要因の問題は、過去に、不妊がサイレントマイノリティであったことに由来する。現在も当事者は、社会の無理解や誤解、また、偏見などが原因となる対人関係に傷つき、その対応に苦慮している。不妊心理の理解は、当事者と医療者のみならず現代社会に必要な認識である。

5 まとめ～生殖の社会臨床～

これまで、生殖の臨床は医学領域に限定されてきた。高度先端医療として、近年飛躍的な研究成果が発表され、未来永劫に栄光の光を当てた。

その恩恵を最も期待していた当事者たちに、期待と希望がもたらされたことはまぎれもない事実である。半面、成功をおさめる研究者や医療者たちにまぎれて、その時代を生きる不妊当事者たちの社会的不利益は、今も昔も変わらぬ現状がある事実も否認ない。発足から一年を超え、生殖に関係する当事者たちの援助を目的に結成された、生殖医療対人研究会の活動は、参加する当事者が語る現状から「生殖の対人援助のあり方」への示唆を獲得した。我々は、当事者から多くを学んだ。研究会の＜当事者－援助者＞関係は、医療現場では成立しえない関係を社会で構築した。

生殖医療の特性のひとつが、「社会性の強い医療である」ことは周知の事実である。大きな社会問題として脚光を浴びるたびに、「生殖医療は問題を抱える医学領域である」という認識が社会に広がっている。しかし、大半の不妊に悩む当事者たちの実際が、社会的認知を受けることはまだない。

医学的には、結婚して自然な夫婦関係を持ち2年経過しても妊娠しない場合を不妊症という。しかしながら、社会的には、不妊は病ではない。子どもを自然には得られない、という体験を通して自己のからだが証明する現象なのである。“子どもができない”という事実に対して、“子どもがほしい”と願う動機が潜在する状態がその特徴にある。ここでは子どもを望み、自己のからだの現象がその願いをかなえないという、「こころの葛藤」と「からだの現象」が共存する自己の状態が不妊である。不妊現象を

12) 不妊心理の独自性3要因 「医源性要因、自己信念性要因、環境対人関係性要因」

もつからだに内在する「こころの葛藤」は当事者の精神的負荷となり、やがてこころの健康を阻害する要因に変わる。「こころの葛藤」が原因で変化した心理状態を不妊心理という。また、妊娠に協力するパートナーが存在し、「こころの葛藤」と「からだの現象」を医療機関に相談した時点で、不妊症の診断がつく。不妊現象の医学的解決には、病を持つからだの証は必然であり、不妊心理を内在した状態で当事者は不妊症患者に変わる。この過程で、当事者の不妊心理は完成する。「不妊心理は背反性が強い」と表現したが、この点が当事者たちの共感を得たと考察する。多くの当事者女性に強い自己否定感や罪悪感が生じるのは、「願いがかなわない自分のからだで生きる」ことが要因となっている。不妊心理を自己に内在した時点で不妊当事者となるが、この自覚は当事者に最も必要かつ重要な“気づき”でもある。ここに当事者たちは戸惑いを覚えるものが多い。当事者自らが不妊心理を自覚し、不妊現象を認識することなしには、その苦悩からの脱却は困難となるであろう。

これまで社会には、不妊の属性がなかった。たくさんの『不』の要素を持つ現象であった。不妊は、当然のことながら、世代間継承もなく、科学的根拠も存在しない。また、学術的証明もされず、先天性障がい・後天性障がい・疾患・事故のいずれにも属さない。しかし、まぎれもなく当事者に社会的不利益をもたらす現象であった。不妊はサイレントマイノリティであると筆者は考える。不妊であることは外見上わからない。しかし、カミングアウトした時点で社会的な不利益をもたらす現象となる。社会的マイノリティは不利益をうむ、というピリフは根強く社会に残っている。以上もまた、社会に不妊で生きるための知恵も術も残されてこなかった要因である。

本稿では、生殖の援助臨床の場を社会に位置

づけ、「生殖の社会臨床」という視点で論述している。生殖の科学研究が人類に貢献すべくその成果を求めるように、生殖の社会臨床では、その成果を、必要とする当事者に還元する役割を担う。生殖医療は、当事者の「生殖の物語」の一場面にすぎない。本稿が目指す生殖の社会臨床研究は、人類が世代を継いでいきる「生殖の物語」の統合的な援助がその目標にある。

生殖の科学研究成果が医学に貢献すると同意義で、その恩恵を当事者に還元するための社会臨床研究は必至と考える。同時に、社会的な援助臨床実証を経て構築されなければならない。この前提に、生殖の社会臨床構築にむけ、医学・心理学が協働する社会臨床研究の援助実践の場として、当事者を中心としたインタフェイスの場は有用であった。不妊現象に潜在する「関係性の問題」の、具体的かつ社会的解決援助実践の場に活かされていた。

今後、当事者と共に「生殖の社会臨床構築」を目標に研鑽を積み上げていく所存である。

以上

引用文献

- 青野由利 (2007) 「生命科学の冒険—生殖・クローン・遺伝子・脳 ちくまプリマー新書」. 筑摩書房.
- 渥美和彦・廣瀬輝夫 (2001) 「対談 代替医療のすすめ 患者中心の医療をつくる」. 日本医療企画.
- 荒木晃子 (2008) 不妊心理に起因する「生殖医療の問題」に関する一考察, 立命館人間科学研究, 16, 81-94.
- ダグラス・W・メイナード 堅田美雄・岡田光弘 (訳) (2005) 「医療現場の会話分析」悪いニュースをどう伝えるか. 勁草書房.
- ジャネット・ジャフエ, マーサ・O・ダイヤモンド, デービット・J・ダイヤモンド共著. 小倉智子訳. 高橋克彦・平山史朗監修 (2007) 「子守唄が歌いたくて」. バベルプレス.
- 小泉義之 (2008) 病苦のエコノミーに向けて, 「現代思想」特集: 患者学—生存の技法, 3月号, 68-81.
- 神前格 (2000) 「患者学—誰でもいつかは患者になる」. マガジンハウス.

- マイケル・ポランニー 高橋勇夫訳（2003）「暗黙知の
次元」．ちくま学芸文庫．
- 野口裕二（2006）「ナラティブの臨床社会学」．勁草書房．
- 小川道雄（2008）「医療崩壊か再生か―問われる国民の
選択」．NHK出版．
- P.コンラッド/J. W. シュナイダー著 進藤雄三監修 杉
田聡/近藤正英訳（2003）「逸脱と医療化」悪から
病へ．ミネルヴァ書房．
- 最相葉月（2005）「いのち 生命科学に言葉はあるか」．
文春新書．
- 田中実・松浦千誉・小石侑子・雨宮孝子・永山榮子
（2007）「家族と法 親族編．新訂第二版」．慶應義
塾大学出版会．
- （2008. 8. 29 受稿）（2008. 12. 1 受理）